ITEM 362 : EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

Accident d'exposition aux liquides biologiques = risque de transmission virale VIH, VHB et/ou VHC
- **Professionnel** = exposition au sang ou à un liquide biologique contaminant : piqûre avec une aiguille, coupure avec un objet tranchant, projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse…
- **Non professionnelle** : **relation sexuelle, pratique d'injection de drogue**…

ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

= **AES** : dû dans 50% de cas au non-respect des précautions standards en hygiène (port de gant pour les gestes à risques, ne pas recapuchonner les aiguilles, jeter immédiatement les objets piquants ou tranchants dans un conteneur…)
- **VIH** : taux de séroconversion après exposition percutanée au sang d'une personne infectée = **0,3%** (lorsque la personne source n'est pas sous traitement antirétroviral), avec un risque maximal en cas de blessure profonde par une aiguille creuse contenant du sang
→ Risque presque nul en cas de prophylaxie par traitement antirétroviral bien suivi
- **VHC** : taux de transmission après exposition percutanée = **< 3%**
- **VHB** : taux de transmission après exposition percutanée = jusqu'à 4**0%** si le patient source est Ag HBe+ et virémique, prévenu par la vaccination obligatoire des professionnels de santé

CAT immédiate	Soins immédiats	= **Nettoyage de la plaie** - **Arrêt immédiat** du travail en cours (en assurant la continuité des soins) - **Blessure/piqûre** : - Ne pas faire saigner (risque de brèche capillaire favorisant l'infection) - **Nettoyage immédiat** à l'eau courante et au savon (détersion, élimination du sang apportées par l'accident), **sans utiliser de produit hydroalcoolique** - **Rinçage** - **Antisepsie** pendant au moins **5 minutes** : **Javel** 2,5%, **chlore actif dilué** au 1/5^{e} ou 1/10^{e}, **solution de Dakin**, ou à défaut **alcool** à 70°, **polyvidone iodée** - **Projection muqueuse** (conjonctive…): rinçage immédiat abondant au sérum physiologique (≥ 5 minutes)
	Mesures associées	- Contacter le médecin référent AES (ou urgentiste à défaut) - En cas d'accident de travail (majorité) : déclaration d'accident de travail obligatoire dans les 48h - Rédaction d'un certificat médical initial décrivant la blessure et le risque de transmission
	Statut sérologique du patient source	= **Systématique** (hors refus exprès du patient), le plus rapidement possible - **Sérologie VIH**, avec charge virale si positive - **Sérologie VHC**, avec charge virale (ARN VHC) si positive - **Ag HBs** avec charge virale (ADN VHB) si positive : seulement si la victime n'est pas immunisée contre l'hépatite B (immunité post-vaccinale prouvée par un titre d'Ac anti-HBs > 10 UI/l présent ou passé) → Si le statut sérologique du patient source n'est pas connu, et après son accord (ou en cas d'impossibilité de donner son accord) : réalisation en urgence des **sérologies VIH** (en privilégiant le **test de diagnostic rapide**), **VHC ± VHB**
	Patient exposé	- Statut sérologique initial **(< 7 jours)** : **sérologie VIH, VHB** (avec taux d'Ig anti-HBs), **VHC** - **Bilan préthérapeutique** (répété à J15 et J30 en cas de TPE) : **NFS**, **β-hCG**, **bilan rénal**, **bilan hépatique**
Gestion du risque VIH	= **Traitement antirétroviral post-exposition (TPE)** → Jamais indiqué en cas de patient source séronégatif VIH	
	Décision	- En urgence, au mieux **≤ 4h** suivant l'accident, au plus tard jusqu'à **48h** après - Par un médecin référent VIH si possible, à défaut par un médecin urgentiste - TPE inutile à > 48h après l'accident (inefficace avec risque iatrogène inutile) - Information du patient avec remise de documents d'informations et consignes : rapports protégés et éviction du don du sang pendant 3 mois (ou 4 mois si TPE), conseils de prévention
	Modalités	- **Trithérapie** : préférentiellement **ténofovir + emtricitabine + rilpivirine** - Si patient source VIH connu : choix au cas par cas avec recours au médecin référent, selon sa charge virale, les traitements actuels et antérieurs et le génotype de résistance éventuel - Début en urgence avec un **kit d'urgence** (1ère 48h de traitement), puis prise en pharmacie - Durée = **28 jours**
	Mesures associées	- En cas de traitement débuté hors centre de référence (urgences…) : **consultation** dans les **2 à 4 jours** avec un médecin VIH référent pour confirmer le traitement et organiser le suivi - Chez la femme : **contraception mécanique** (DIU, préservatifs) jusqu'à sérologie VIH négative à S6 (TPE -) ou 12 semaines (TPE +), en évitant les contraceptifs oraux (interaction avec les antirétroviraux)

<table>
<tr><td rowspan="4">Gestion du risque VIH</td><td rowspan="2">Suivi</td><td>En l'absence de TPE</td><td colspan="3">- Sérologie VIH à 6 semaines et à 3 mois (réglementaire)
➙ Une sérologie négative à 6 semaines rend très peu probable l'infection</td></tr>
<tr><td>En cas de TPE</td><td colspan="3">= Infection exceptionnelle sous TPE, d'apparition retardée
- Sérologie VIH à 6 semaines et à 3 mois, tolérance à J15 et J30 (NFS, bilan rénal + hépatique)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Indication</td><td colspan="2" rowspan="2">Exposition</td><td colspan="3">Patient source</td></tr>
<tr><td colspan="2">VIH +</td><td rowspan="2">Sérologie inconnue</td></tr>
<tr><td colspan="2">Important = piqûre profonde, aiguille creuse, intravasculaire (artérielle ou veineuse)</td><td>CV détectable</td><td>CV non détectable</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intermédiaire
- Coupure au bistouri
- Piqûre avec aiguille IM ou SC, ou aiguille pleine
- Exposition cutanéo-muqueuse avec temps de contact > 15 min</td><td>TPE</td><td>Pas de TPE</td><td>Pas de TPE</td></tr>
<tr><td colspan="2">Faible
- Autres cas
- Seringue abandonnée
- Morsures, crachats, griffures</td><td colspan="3">Pas de TPE</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Gestion des risques d' hépatite virale</td><td colspan="2">Gestion du risque VHC</td><td colspan="3">= Si patient source infecté par le VHC avec PCR VHC positive : aucune prophylaxie anti-VHC
- Suivi clinique (hépatite) et biologique : transaminases + PCR VHC à 6 semaines + sérologie à 3 mois
- En cas d'infection aiguë post-exposition (séroconversion ou PCR positive) : traitement antiviral efficace</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">Gestion du risque VHB</td><td colspan="3">- Risque nul chez la victime vaccinée répondeuse (Ac anti-HBs > 10 UI/ml) : obligation vaccinale de l'ensemble du personnels soignants (y compris administratifs et de laboratoire)
- En cas de réponse vaccinale inconnue : dosage du titre Ac HBs
- Sérothérapie : chez les personnes non vaccinée ou non répondeuse (Ac anti-HBs < 10 UI/ml)
- En cas de traitement antirétroviral post-exposition associé : privilégier un traitement efficace sur le VHB (association emtricitabine-ténofovir)
- Suivi : dosage des transaminases et marqueurs VHB (Ag HBs, Ac HBc, Ac HBs) à 3 mois</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Personne exposée</td><td colspan="2">Statut VHB (Ag HBs) personne source</td></tr>
<tr><td>Positif</td><td>Inconnu</td></tr>
<tr><td>Vacciné répondeur (Ac antiHBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/mL dans les antécédents)</td><td>Rien</td><td>Rien</td></tr>
<tr><td>Vacciné non répondeur (Ac antiHBs < 10 mUI/ml sans antiHBc ni antiHBs > 100 mUI/mL dans le passé)</td><td>Immunoglobulines*</td><td>Rien**</td></tr>
<tr><td>Non vacciné</td><td>Immunoglobulines* + vaccin</td><td>Vaccin**</td></tr>
<tr><td colspan="3">*Administration d'immunoglobulines non nécessaire si absence de virémie VHB chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE
*Administration d'immunoglobulines légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE si personne source originaire de haute (Afrique subsaharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien, Amérique du Sud) endémicité ou HSH ou partenaires multiples ou toxicomane IV.</td></tr>
</table>

EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES PAR PARTAGE DE MATERIEL D'INJECTION

= Partage de matériel d'injection ou d'inhalation (paille) de drogue
- TPE : - **Risque important** = partage d'aiguille, de seringue et/ou de la préparation : si personne source **VIH +** ou **inconnu**
  - **Risque intermédiaire** = partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage : seulement si **VIH+ CV+**
- **Sérovaccination VHB** : modalités identiques aux AES
- **Surveillance d'une infection aiguë à VHC** : clinique et biologique

EXPOSITION AUX SECRETIONS SEXUELLES

- **VIH** : - Taux de séroconversion = de **1%** (rapport anal réceptif) à **0,1%** (rapport vaginal insertif)
  - Majoré en cas de lésions muqueuses associées, surtout par IST, menstruations ou tout saignement au cours des rapports sexuels → risque maximal en cas de viol
  - Diminué de moitié par la circoncision (kératinisation de la muqueuse du gland)
  - Quasi-nul en cas de relation vaginale non traumatique sous traitement antirétroviral avec CV indétectable
- **VHB** : taux de séroconversion = **50%**
- **VHC** : risque significatif seulement en cas de relation sexuelle traumatique (saignement, viol)

Accueil

- Recours au soin généralement anxiogène : attitude excluant tout jugement, reproche ou stigmatisation
- Déterminer l'heure et la nature du rapport à risque
- Recherche de FdR de transmission : infection génitale, lésion génitale, ulcération, rapport anal, rapport sexuel pendant les règles, saignement au cours des rapports, partenaire appartenant à un groupe à risque
- Détermination du statut VIH (+ charge virale si positive) de la personne source si possible

Gestion du risque VIH

= **TPE** : modalités identiques à l'AES
- Surveillance virologique (non réglementée) : - En l'absence de TPE : **sérologie VIH** à 6 semaines uniquement
  - En cas de TPE : **sérologie VIH** à 6 semaines et 3 mois
- En cas d'exposition chez une personne ayant des rapports non protégés avec des partenaires sexuels multiples, notamment homosexuel masculin : dépistage du VIH fréquent (idéalement tous les 3 mois) + Proposition de PreP.

Indication

Exposition	Personne source			
	VIH +		Sérologie inconnue	
	CV détectable	CV indétectable	Groupe à prévalence élevée*	Groupe à prévalence faible
- Rapport anal - Rapport vaginal - Fellation réceptive avec éjaculation	TPE	Pas de TPE	TPE	Pas de TPE
- Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE

*HSH, multipartenaires, travailleurs(es) du sexe, originaires de région à prévalence de VIH > 1% (Afrique subsaharienne, Caraïbes, Amérique du Sud, Asie), toxicomanes IV

Autres risques

Gestion du risque VHC	= Si personne source infecté par le VHC avec PCR positive : - **Surveillance clinique** (hépatite) et **biologique**
Gestion du risque VHB	= Sérovaccination et/ou vaccination : modalités et indications identique à l'AES - **Sérovaccination** si **non vacciné** ou **vacciné non répondeur** (Ac anti-HBs < 10 UI/ml) - **Vaccination** si non vacciné
Dépistage des IST	- Immédiatement : détermination du statut **sérologique syphilis** (TPHA, VDRL) - Et si groupe à risque **(F < 25a / H < 30a / HSH / SC +) :** dépistage ***Chlamydia* et gonocoque** - A distance = 6 semaines : dépistage ***Chlamydia* et gonocoque** + **sérologie syphilis** (TPHA, VDRL)

Suivi

- Suivi de la tolérance (en cas de traitement antirétroviral) : **NFS, ALAT, créatininémie** à J0, J15
- **Statut sérologique initial** (à J0) : **sérologie VIH + syphilis + Ac anti-HBs**
- **Dépistage d'IST bactérienne** à distance (1 à 2 mois) : **dépistage *Chlamydia* et gonocoque si FdR**
- **Sérologie VIH** de contrôle : à 6 semaines (sans TPE) 6 semaines et 3 mois (si TPE)
- **Sérologie VHB** de contrôle à 3 mois si non répondeur ou non vacciné : Ac anti-HBc

Exposition sexuelle violente (viol)

1ère évaluation	= Evaluation de l'agression - **Examen médico-légal** avec **prélèvements judiciaires** en vue d'identifier l'agresseur - Dès que possible par un **médecin légiste**, sur réquisition de justice après dépôt de plainte
2nde évaluation	= Evaluation des risques infectieux et de grossesse : par le médecin légiste ou l'urgentiste **- Date des dernières règles** - Bilan sérologique initial : **sérologie VIH, TPHA/VDRL, sérologie VHB, VHC** - **Contraception d'urgence** (pilule du lendemain) : **oestroprogestative** (2 cp à renouveler 12h après) ou **progestative pure** (1 cp à renouveler 12h après) - Possible **prévention des IST bactériennes** (*Chlamydia*, gonocoque) (en discussion) : **azithromycine** (prise unique) + **céfixime** orale ou **ceftriaxone** IM (prise unique) - Selon le risque infectieux : TPE, sérovaccination hépatite B - En cas d'exposition sexuelle traumatique : surveillance clinique et biologique VHC

Suivi biologique d'une personne exposée aux VIH, VHB et VHC en cas d'exposition au sang ou d'exposition sexuelle		
	Si exposition au sang (AES)	**Si exposition sexuelle**
J1-J4 Jusque J7 si AES	Sérologie VIH Sérologie VHC Sérologie VHB - Anti-HBs si vacciné ou si titre Ac inconnu - Ag HBs, anti-Hbc et anti-HBs si non vacciné - ALAT - Créatinine - Test de grossesse si indication de TPE	Sérologie VIH Sérologie VHC Sérologie VHB - Anti-HBs si vacciné ou si titre Ac inconnu - Ag HBs, anti-Hbc et anti-HBs si non vacciné - **PCR chlamydia et gonocoque si FdR** - ALAT - Créatinine - Test de grossesse si indication de TPE
S2	ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte iatrogénie)	ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte iatrogénie)
S6	Sérologie VIH ALAT et sérologie VHC (ARN VHC si ARN VHC+ chez personne source	Sérologie VIH si TPE ou en l'absence de TPE si personne source VIH inconnu ou VIH + avec cv détectable Sérologie syphilis ALAT et ARN VHC chez HSH ou si ARN VHC+ chez personne source - **PCR chlamydia et gonocoque si FdR**
S12	Sérologie VIH Sérologie VHC Ag HBs, anti-Hbc et anti-HBs si absence d'immunité de la personne exposée et personne source Ag HBs+ ou de statut inconnu	Sérologie VIH si TPE Sérologie VHC si HSH ou si ARN VHC+ chez personne source Ag HBs, anti-Hbc et anti-HBs si non vacciné